

**Agence de Prévoyance Sociale  
de YOPOUGON**  
Tel: 27 23 53 76 90



Abidjan, le 03 Décembre 2024

**N°: 06/492/1/APSY/2024**

Je soussigné (e) Madame **KADIO NEE N'DA SIALLA CECILE**, Directeur de l'Agence de Prévoyance Sociale de YOPOUGON atteste que :

Monsieur: **KOUEHI TRITRE CHARLES**

Né(e) le: **16/04/1993**

Adresse: **09 BP 3817 ABIDJAN 09**

Téléphone: **2250546231414**

Email: **kouehichares.tritre@gmail.com**

N°pièce d'identité: **CI005553292**

Date de validité de la pièce: **15/03/2033**

Employé(e) chez: **TEREBAT**

Matricule employeur: **312641**

Depuis le: **01/07/2018**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **193011874159**.

En foi de quoi, il lui est délivrée la présente Attestation pour servir et valoir ce que de droit.

**LE DIRECTEUR D'AGENCE**

**KADIO NEE N'DA SIALLA CECILE**